



**UNIVERSIDAD DE CUENCA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**ESCUELA DE MEDICINA**

**CORRELACIÓN CLÍNICO/ ANATOMO-PATOLÓGICO DEL DIAGNÓSTICO  
DE MIOMATOSIS UTERINA EN EL DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA  
DEL HOSPITAL HOMERO CASTANIER CRESPO, AZOGUES 2011-2016.  
AZOGUES, 2018.**

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA  
OBTENCIÓN DE TÍTULO DE MÉDICO.

**AUTORES:** MAGALY ELIZABETH CABRERA AVILA CI: 0302151477  
DAVID ALBERTO ORTIZ DUMAS CI: 0302074604

**DIRECTOR:**

DR. JORGE VICTORIANO MEJIA CHICAIZA CI: 0101557890

**CUENCA - ECUADOR**

**2018**

## RESUMEN

**ANTECEDENTES:** la miomatosis uterina, constituye la causa más común de tumores pélvicos sólidos en las mujeres, afectando esta patología entre un 20 y 40% de mujeres en edad reproductiva. Son clínicamente evidentes en el 20 al 25% de los casos.

**OBJETIVO:** determinar la correlación entre el diagnóstico clínico preoperatorio de miomatosis uterina con el resultado anatómo-patológico en pacientes atendidas en el departamento de ginecología del Hospital Homero Castanier Crespo de 2011 a 2016.

**METODOLOGÍA:** estudio de tipo observacional, retrospectivo y correlacional, con historias clínicas de 202 mujeres atendidas en el departamento de ginecología del Hospital Homero Castanier Crespo con diagnóstico de miomatosis uterina, en el periodo de 2011 a 2016. Se utilizó SPSS versión 19.0. Para las variables cualitativas categorizadas se utilizaron frecuencias y porcentajes. Se empleó la correlación de Spearman y el índice de concordancia Kappa, para evaluar la correlación y concordancia entre ambos diagnósticos.

**RESULTADOS:** la edad promedió  $44,42 \pm 6,90$  años, predominó las de 36 a 49 años, de zonas rurales e instrucción primaria. Antecedentes familiares de miomatosis uterina presentan algo más de la mitad de las pacientes. La mayoría ha tenido de 3 a 5 hijos y más del 90% ha tenido al menos uno, la mayoría tiene los síntomas en los últimos 6 meses. Los síntomas más comunes fueron el sangrado uterino anormal y el dolor pélvico.

**CONCLUSIONES:** el 78,1% de los diagnósticos clínicos de miomatosis uterina fueron corroborados por la histopatología, hubo un 21,9% de error en la clasificación clínica

**PALABRAS CLAVE:** MIOMATOSIS UTERINA, DIAGNOSTICO CLINICO, HISTOPATOLOGIA, CORRELACION DIAGNOSTICA.

MAGALY ELIZABETH CABRERA AVILA

DAVID ALBERTO ORTIZ DUMAS

## ABSTRACT

**BACKGROUND:** the uterine myomatosis, the acquaintance also constitutes the most common cause of pelvic solid tumors in women, affecting this pathology between 20 and 40 % of women in reproductive age. They are clinically evident in the 20 to 25 % of the cases.

**GENERAL OBJECTIVE:** determining the correlation between the preoperative clinical diagnostic of uterine myomatosis with the result pathological in served patients in the department of gynecology of the Hospital Homero Castanier Crespo of 2011 to 2016.

**METHODOLOGY:** guy's study observacional, retrospective and correlacional, with case histories of 202 served women in the department of gynecology of the Hospital Homero Castanier Crespo with diagnosis of uterine myomatosis, in the period of 2011 to 2016. We used SPSS version 19,0. For the qualitative categorized variables frequencies and percentages were used. Kappa, in order to evaluate correlation and concordance between both diagnoses used the correlation of Spearman and the index of concordance itself.

**RESULTS:** the age averaged  $44.42 \pm 6.90$  years, predominated 36 to 49 years, of back countries and primary education. Family record of uterine myomatosis introduce some more half as much patients. The majority has had from 3 5 children and more of the 90 % he has had at least one, the majority has the symptoms in the last 6 months. The most common symptoms were the uterine abnormal bleeding and the pelvic pain.

**FINDINGS:** 78.1 % of the clinical diagnostics of uterine myomatosis were corroborated by the histopathology; there was 21.9 % of error in the clinical classification

**PASSWORDS:** UTERINE MYOMATOSIS, CLINICAL DIAGNOSTIC, HISTOPATHOLOGY, DIAGNOSTIC CORRELATION.

MAGALY ELIZABETH CABRERA AVILA

DAVID ALBERTO ORTIZ DUMAS

**INDICE**

RESUMEN: .....	2
ABSTRACT .....	3
AGRADECIMIENTO.....	9
DEDICATORIA.....	11
CAPITULO I .....	12
1. INTRODUCCION .....	12
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	13
1.2 JUSTIFICACIÓN.....	14
CAPITULO II .....	15
2. FUNDAMENTO TEÓRICO .....	15
2.1 ETIOLOGÍA.....	15
2.2 FACTORES DE RIESGO.....	16
2.3 CARACTERÍSTICAS MACROSCÓPICAS.....	17
2.4 CARACTERÍSTICAS MICROSCÓPICAS .....	19
2.5 PRESENTACIÓN CLÍNICA.....	22
2.6 DIAGNÓSTICO .....	23
2.7 TRATAMIENTO .....	24
2.8 DEGENERACIÓN DE LOS MIOMAS .....	26
CAPITULO III .....	27
3. OBJETIVOS .....	27
3.1 OBJETIVO GENERAL .....	27
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	27
CAPITULO IV .....	28
4. DISEÑO METODOLÓGICO.....	28
4.1 TIPO DE ESTUDIO:.....	28
4.2 ÁREA DE ESTUDIO: .....	28

**MAGALY ELIZABETH CABRERA AVILA****DAVID ALBERTO ORTIZ DUMAS**

4.3 UNIVERSO: .....	28
4.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN .....	28
4.5 VARIABLES.....	28
4.6 METODOS, TECNICAS E INSTRUMENTOS.....	29
4.7 PROCEDIMIENTOS .....	29
4.8 PLAN DE TABULACION Y ANALISIS .....	29
4.9 ASPECTOS ÉTICOS .....	29
CAPITULO V .....	31
5. RESULTADOS .....	31
5.1. Análisis de las variables sociodemográficas de las pacientes estudiadas. ....	31
5.2. Análisis de los antecedentes obstétricos de las pacientes. ....	32
5.3. Análisis de los síntomas reportados de las pacientes.....	33
5.4 Análisis de la correlación de los hallazgos del diagnóstico clínico con el histopatológico de las pacientes. ....	34
6. DISCUSIÓN .....	35
CAPITULO VII .....	39
7. CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y BIBLIOGRAFÍA. ....	39
7.1. CONCLUSIONES. ....	39
7.2. RECOMENDACIONES.....	40
7.3. BIBLIOGRAFÍA.....	41
8. ANEXOS .....	46
ANEXO 1. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	46
ANEXO 2. FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS .....	47
ANEXO 3. SOLICITUD PARA EL HOSPITAL HOMERO CASTANIER CRESPO.....	48

## LICENCIA Y AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

**DAVID ALBERTO ORTIZ DUMAS**, en calidad de autor y titular de los derechos morales y patrimoniales de proyecto de investigación **“CORRELACIÓN CLÍNICO/ ANATOMO-PATOLÓGICO DEL DIAGNÓSTICO DE MIOMATOSIS UTERINA EN EL DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL HOMERO CASTANIER CRESPO, AZOGUES 2011-2016. AZOGUES, 2018”**, de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este proyecto de investigación en el Repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 01 de Octubre del 2018



David Alberto Ortiz Dumas

C.I. 0302074604

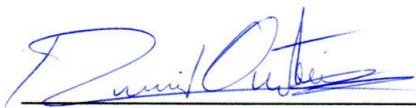
MAGALY ELIZABETH CABRERA AVILA

DAVID ALBERTO ORTIZ DUMAS

## CLÁUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL

**DAVID ALBERTO ORTIZ DUMAS**, autor del proyecto de investigación **“CORRELACIÓN CLÍNICO/ ANATOMO-PATOLÓGICO DEL DIAGNÓSTICO DE MIOMATOSIS UTERINA EN EL DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL HOMERO CASTANIER CRESPO, AZOGUES 2011-2016. AZOGUES, 2018”**, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor/a.

Cuenca, 01 de Octubre del 2018



David Alberto Ortiz Dumas

C.I. 0302074604

MAGALY ELIZABETH CABRERA AVILA

DAVID ALBERTO ORTIZ DUMAS



## LICENCIA Y AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

**MAGALY ELIZABETH CABRERA ÁVILA**, en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales de proyecto de investigación **“CORRELACIÓN CLÍNICO/ ANATOMO-PATOLÓGICO DEL DIAGNÓSTICO DE MIOMATOSIS UTERINA EN EL DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL HOMERO CASTANIER CRESPO, AZOGUES 2011-2016. AZOGUES, 2018”**, de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este proyecto de investigación en el Repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 01 de Octubre de 2018



Magaly Elizabeth Cabrera Avila

C.I: 0302151477

MAGALY ELIZABETH CABRERA AVILA

DAVID ALBERTO ORTIZ DUMAS



## CLÁUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL

**MAGALY ELIZABETH CABRERA ÁVILA**, autora del proyecto de investigación **“CORRELACIÓN CLÍNICO/ ANATOMO-PATOLÓGICO DEL DIAGNÓSTICO DE MIOMATOSIS UTERINA EN EL DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL HOMERO CASTANIER CRESPO, AZOGUES 2011-2016. AZOGUES, 2018”**, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor/a.

Cuenca, 01 de Octubre del 2018



Magaly Elizabeth Cabrera Avila

C.I: 0302151477

MAGALY ELIZABETH CABRERA AVILA

DAVID ALBERTO ORTIZ DUMAS

## **AGRADECIMIENTO**

En primer lugar agradecer infinitamente a Dios, por habernos dado fuerza, valor e inteligencia para culminar esta etapa de nuestra vida.

Agradecer a nuestras familias por su apoyo y cariño incondicional que tuvieron con nosotros, por todos los consejos que nos ayudaron a afrontar los retos, que sin duda todo esto nos sirvió para alcanzar esta meta.

Al Dr. Jorge Mejía por su apoyo en el transcurso de esta investigación, todas sus aportaciones fueron de mucha importancia para que este proyecto fuera posible.

A la Lcda. Pachy por toda la colaboración brindada, durante la elaboración de este proyecto.

A todas la personas que laboran en el Hospital Homero Castanier Crespo, que nos brindaron de alguna forma u otra su apoyo en nuestro tiempo como internos rotativos.

**MAGALY ELIZABETH CABRERA AVILA**

**DAVID ALBERTO ORTIZ DUMAS**

**DEDICATORIA**

A Dios.

*Por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente, por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio, y por su infinita misericordia y amor que me demuestra constantemente.*

A mis padres.

*Por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, por los ejemplos de perseverancia y constancia, pero más que nada, por su amor.*

A mis hermanos.

*A mis hermanos Christian, Carolina y Sebastián por ser el motivo para querer ser un mejor hermano mayor cada día, en el cual puedan ver un ejemplo a seguir.*

**DAVID ORTIZ DUMAS**

*En primer lugar a Dios por haberme acompañado y guiado a lo largo de mi carrera, por darme la sabiduría y fortaleza para culminar esta etapa de mi vida.*

*A mis padres por todo el apoyo incondicional que me han brindado durante todo el camino, los valores inculcados y por ser un gran ejemplo de vida a seguir.*

*Finalmente a mis hermanos y todas las personas importantes que me han acompañado y brindado su amor durante este proceso, para lograr mis metas y sueños.*

**MAGALY CABRERA AVILA**

**MAGALY ELIZABETH CABRERA AVILA**

**DAVID ALBERTO ORTIZ DUMAS**

## **CAPITULO I**

### **1. INTRODUCCION**

La miomatosis uterina, conocida también como leiomiomatosis uterina, fibromiomas, leiofibromiomas y fibroleiomioma constituye la causa más común de tumores pélvicos sólidos en el sexo femenino, afectando esta patología entre un 20 y 40% de mujeres en edad reproductiva. Son clínicamente evidentes en el 20 al 25% de los casos; siendo el pico mayor de presentación entre la cuarta y la quinta décadas (1).

Actualmente se estima que aproximadamente de 3 a 5 billones de dólares se gastan al año para el diagnóstico y tratamiento de la miomatosis uterina solo en los Estados Unidos, y se realizan 200,000 histerectomías anuales a causa de esta patología (2).

Aunque la etiología aún se desconoce, algunos factores genéticos pueden predisponer, así como otros factores de riesgo, para esto se han realizado diversos estudios.

En la investigación de Arqueros en Perú, en 2016 para describir los miomas uterinos en el Hospital Regional Docente de Trujillo, encontraron que el 70.1% de las pacientes afectadas eran multíparas y el 98.3% no tenían antecedente familiar ni menarquia temprana. En la sintomatología la menorragia se halló en un 80.8%, seguido por el dolor pélvico con 70.6%, luego la presión pélvica con 33.9%, y los efectos en la reproducción con 15.8% (3).

Sin embargo en el estudio de Rodríguez en Guayaquil en 2016, la miomatosis se presentó más en mujeres con una menarquia >11 años (91.53%), en un 73.84% de mujeres que no se administraban anticonceptivos orales (ACO), en un 56.15% en mujeres con peso normal, y en el 34.61% en mujeres con sobrepeso y 9.23% en obesas, igualmente en las multíparas en el 96.15%; mientras que en aquellas sin patología familiar de miomatosis en un 87.69% (4).

**MAGALY ELIZABETH CABRERA AVILA**

**DAVID ALBERTO ORTIZ DUMAS**

La correlación entre el diagnóstico clínico y el anatómo-patológico es fundamental y en ocasiones no es totalmente acertado. En el estudio de Flores en Ambato del año 2011, determinaron que existe una correlación entre los diagnósticos clínico/ecosonográfico –vs- los hallazgos quirúrgicos/histopatológicos puesto que se comprobó que de los 52 casos de fibromiomatosis que diagnosticó el ecosonograma, 46 casos se confirmaron por histopatología (88,5%). Otros estudios muestran valores por debajo del 70% (2).

### **1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Los miomas uterinos, también conocidos como “fibromas”, son tumores sólidos que afectan al cuerpo uterino. Son la tumoración benigna más frecuente en el ser humano, (hasta en el 30% de las mujeres de entre los 30 y los 50 años de edad). Solo presentan sintomatología en el 30% de los casos, por lo que su detección temprana muchas veces no se produce (2).

Los retrasos en el diagnóstico o un diagnóstico incorrecto, así como el poco seguimiento de esta patología, provocan un gran incremento de la morbilidad de los pacientes, a esto se une que los mismos se encuentran expuestos a factores de riesgo que favorecen la aparición de la enfermedad y los desconocen.

La correlación entre el diagnóstico presuntivo clínico y el anatómo-patológico, no ha sido del todo investigados en nuestra región, por lo que nos planteamos la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es el porcentaje de la actividad entre el diagnóstico clínico presuntivo con el anatómo-patológico de mioma uterino en pacientes atendidas en el departamento de ginecología del Hospital Homero Castanier Crespo de 2011 a 2016?

**MAGALY ELIZABETH CABRERA AVILA**

**DAVID ALBERTO ORTIZ DUMAS**

## **1.2 JUSTIFICACIÓN**

Esta investigación se realiza por las afectaciones significativas en la calidad y estilo de vida de las pacientes que sufren esta patología, ya que muchas de ellas se encuentran en plena edad fértil y laboral, por lo que su vida diaria se ve en muchas ocasiones disminuida por la presencia de esta enfermedad.

La etiología del mioma uterino es desconocida, pero existen varios factores de riesgo asociados a la misma, igualmente el diagnóstico de esta patología, cuando no se cuenta con los recursos necesarios se realiza clínicamente, lo que tiene gran relación con la experiencia y experticia del médico, y puede llevar a un diagnóstico no acertado.

Es por esto que por medio del presente trabajo se pretende obtener elementos sobre la correlación entre el diagnóstico clínico y el anatómo-patológico.

Considerando que las beneficiarias serán las personas afectadas por la enfermedad. Desde la óptica académica el estudio permitirá aumentar el conocimiento sobre la materia y contribuirá a la superación de los futuros profesionales de la salud.

**MAGALY ELIZABETH CABRERA AVILA**

**DAVID ALBERTO ORTIZ DUMAS**

## **CAPITULO II**

### **2. FUNDAMENTO TEÓRICO**

La miomatosis, conocida también como leiomiomatosis uterina, fibromiomas, leiiofibromiomas y fibroleiomioma constituye la causa más común de tumores pélvicos sólidos en el sexo femenino, afectando esta patología entre un 20 y 40% de mujeres en edad reproductiva. Son clínicamente evidentes en el 20 al 25% de los casos; siendo el pico mayor de presentación entre la cuarta y la quinta décadas (1).

En esta afección el útero está compuesto por grandes cantidades de matriz extracelular (colágeno, fibronectina y proteoglicanos). Siendo predominantes el colágeno tipo I y II adoptando una distribución irregular y desordenada, observándose una gran similitud con las lesiones queloideas (5).

#### **2.1 ETIOLOGÍA**

La etiología de los miomas sigue siendo desconocida, invocándose varias hipótesis. En su mayoría son de origen monoclonal y su crecimiento guarda relación con la expansión clonal de una sola célula. Se conoce que alrededor del 60% de los miomas son cromosómicamente normales, teniendo un cariotipo 46XX. En el 40% restante se ha detectado anomalías cromosómicas; siendo las más comunes translocaciones entre los cromosomas 12 y 14, deleciones del cromosoma 7q, 3q y 1q, así como reparaciones defectuosas del cromosoma 6q, 10q y 13q.6. Se han identificado algunos genes relacionados con estos “rearreglos cromosómicos” (6).

Diversos estudios han demostrado la clara asociación con la exposición de estrógenos y la progesterona circulante. Se presenta raramente durante la pubertad, siendo prevalente durante los años reproductivos, con una marcada regresión después de la menopausia. Existe una mayor concentración de receptores estrogénicos en los miomas uterinos que en el miometrio subyacente (7,8).

El mayor número de divisiones mitóticas ocurre durante la fase secretora en el pico de la producción de la progesterona, las figuras mitóticas presentan un

**MAGALY ELIZABETH CABRERA AVILA**

**DAVID ALBERTO ORTIZ DUMAS**



incremento en mujeres tratadas con acetato de medroxiprogesterona que en las no tratadas (7,8).

## **2.2 FACTORES DE RIESGO**

Edad: el riesgo de miomatosis uterina se incrementa con la menarquia temprana. En las mujeres postmenopáusicas el riesgo de miomatosis se incrementa entre un 70 y 90% (9).

Paridad: en las primíparas el riesgo disminuye desde un 20 hasta un 50%, el número elevado de hijos también lo disminuye (9).

Etnicidad: las mujeres de raza negra presentan con mayor frecuencia esta patología siendo entre tres y nueve veces más frecuentemente que en las mujeres de raza blanca. El ritmo de crecimiento del tumor es más acelerado en mujeres de la raza negra (10).

Uso de anticonceptivos orales: al parecer no existe una relación definitiva, en algunos estudios hay una relación inversa entre los anticonceptivos orales y el riesgo de desarrollar miomatosis uterina (10).

Terapia de reemplazo hormonal: en la mayoría de las mujeres con miomatosis uterina, la terapia hormonal no estimula el crecimiento uterino. Las mujeres con miomas preexistentes no presentan regresión de los miomas como se esperaría en la menopausia, y en algunos casos estos miomas pueden crecer (11).

Factores hormonales endógenos: la menarquia temprana (< 10 años) se ha visto que incrementa en 1.24 el riesgo relativo de desarrollar miomas. Con frecuencia los miomas son poco numerosos y de menor tamaño en las mujeres postmenopáusicas cuando los niveles estrogénicos son bajos (12).

Peso: la obesidad produce un incremento de la conversión de los andrógenos adrenales a estrógeno y disminuye la globulina fijadora de hormonas sexuales, por lo que en mujeres con índice de masa corporal (IMC) mayor a 30 este riesgo es mayor (9).

**MAGALY ELIZABETH CABRERA AVILA**

**DAVID ALBERTO ORTIZ DUMAS**

**Dieta:** se ha reportado que las carnes rojas y los embutidos como el jamón incrementan la incidencia, mientras que el consumo de vegetales verdes la disminuye (10).

**Ejercicio:** las mujeres que practican ejercicios físicos con regularidad tienen un 40% menos de riesgo comparado con las mujeres sedentarias. No está claro el porqué de esta diferencia, pero es posible que esté relacionado a las bajas tasas de conversión de andrógenos a estrógenos en mujeres con un elevado IMC (10).

**Historia familiar:** el antecedente familiar de primer grado en pacientes con miomatosis aumenta 2.5 veces el riesgo de presentar miomatosis uterina en comparación con aquellos que no tienen historia familiar (13).

**Embarazo:** los altos niveles de hormonas asociadas al embarazo comúnmente producen el crecimiento de los miomas uterinos, incrementándose además su sintomatología. Los miomas comparten ciertas características del miometrio normal durante el embarazo, como el incremento en la producción de matriz extracelular y la expresión aumentada de los receptores para péptidos y hormonas esteroideas (13).

**Lesión del tejido:** entre las diversas hipótesis sobre la etiopatogenia se plantea que la formación del mioma se produzca en respuesta a la lesión. La lesión hipóxica de las células miometriales durante la menstruación puede favorecer la transformación de los miocitos normales formándose los miomas (14).

**Tabaquismo:** el tabaquismo disminuye la conversión de andrógenos en estrógeno, secundaria a la inhibición de la aromatasa por la nicotina, así como el incremento de 2-hidroxilación del estradiol, la estimulación de los altos niveles de la globulina fijadoras de hormonas sexuales, disminuyendo el riesgo de padecer miomatosis (14).

## **2.3 CARACTERÍSTICAS MACROSCÓPICAS**

Pueden producirse en cualquier posición dentro del miometrio, siendo la presentación más frecuente en el interior de la pared miometrial, a los cuales se denomina miomas intramurales. Cuando se presentan múltiples miomas

**MAGALY ELIZABETH CABRERA AVILA**

**DAVID ALBERTO ORTIZ DUMAS**

intramurales, puede haber distorsión considerable de las estructuras y tamaño del órgano. Los que crecen en estrecha proximidad a la mucosa endometrial se denominan submucosos y los que se encuentran en la serosa se identifican como subserosos (15).

Los miomas submucosos pueden producir atrofia y erosión de la mucosa endometrial, dando lugar a sangrado uterino anormal. El mioma pedunculado es el resultado de la acción muscular del útero, intentando expulsar al tumor. Este puede sufrir además los efectos de tracción de las contracciones ístmicas y emerger por el orificio cervical, a menudo con infarto de su porción apical (15).

Un patrón de crecimiento que se presenta excepcionalmente es el mioma metastatizante benigno, encontrándose células musculares benignas en sitios distantes, generalmente en el pulmón, de pacientes con miomas de tipo usual en útero. Una alta proporción de estas pacientes tienen historia previa de curetaje, miomectomía o histerectomía, lo que presupone que el procedimiento quirúrgico predispone la diseminación (16).

Otro raro patrón de crecimiento es la llamada miomatosis peritoneal diseminada, caracterizada por numerosos depósitos nodulares pequeños de músculo liso benigno en la superficie serosa de órganos peritoneales, incluyendo el útero, las salpinges y los ovarios. Esta condición se presenta con mayor frecuencia en mujeres en edad reproductiva, lo cual es sugestivo de una fuerte asociación con estímulos estrogénicos. La localización de las lesiones sugiere un origen "in situ", más que una diseminación vascular, linfática o por contigüidad (17).

En su gran mayoría los casos tienen un curso biológico benigno; sin embargo, existen algunos reportes de progresión a malignidad relacionados con este tipo de miomatosis (16).

Macroscópicamente está constituido por masas sólidas bien delimitadas de color que varía desde ligeramente más pálida que el miometrio circundante

**MAGALY ELIZABETH CABRERA AVILA**

**DAVID ALBERTO ORTIZ DUMAS**

hasta blanco grisáceo, que al corte presenta un aspecto arremolinado, conformado por fibras de patrón en espiral y son de consistencia de firme (15).

El aspecto macroscópico varia, si están presentes cambios degenerativos, fenómeno frecuente en los miomas, con mayor frecuencia en los de gran tamaño. El cambio degenerativo más abundante es el declive hialino que implica una pequeña área hasta la totalidad del tumor. En este tipo de degeneración el mioma presenta un aspecto pálido eosinofílico homogéneo, con borramiento del patrón arremolinado en las áreas de hialinización (17).

Las áreas de hialinización también pueden sufrir liquidificación, resultando en degeneración quística o una forma intermedia de degeneración mixoide, adquiriendo el mioma un aspecto gelatinoso sin formar aún quistes verdaderos (18).

Otra forma particular de degeneración es conocida como degeneración roja la cual ocurre generalmente con el embarazo, aunque no de manera exclusiva. En este tipo de degeneración, del mioma adquiere una forma homogénea, rojo-rosada con pérdida del patrón. Un mioma con degeneración roja, a largo plazo puede producirse calcificación periférica, extendiéndose en algunos de los casos hasta involucrar la totalidad del mioma (18).

Un mioma aunque de forma excepcional puede sufrir necrosis, observándose a la exploración macroscópica como una masa gris pálida, reblandecida; los miomas más susceptibles de sufrir este cambio son los miomas submucosos que protruyen hacia la cavidad uterina (16,18).

## **2.4 CARACTERÍSTICAS MICROSCÓPICAS**

Microscópicamente, los miomas están compuestos de fascículos entrelazados de células musculares lisas. Las células musculares son alargadas, con citoplasma eosinófilo y núcleos uniformes en forma de puro y las figuras mitóticas son prácticamente inexistentes. Las células adoptan una disposición más próxima entre sí que en el miometrio normal, dándole un aspecto hiper celular al tumor (19).

**MAGALY ELIZABETH CABRERA AVILA**

**DAVID ALBERTO ORTIZ DUMAS**

Existen algunas variantes de mioma que por sus características histológicas pueden incluso causar confusión con otras entidades. Estas variantes son (20,21):

- **Mioma celular:** este mioma microscópicamente presenta algunas diferencias, como borramiento del patrón adoptando una coloración amarillo cremoso, diferenciándose del blanco rosado como un mioma convencional.

Microscópicamente, las células son muy similares, pero con escaso citoplasma por lo que los núcleos están muy cercanos entre sí (observándose con una mayor hipercelularidad), dándole un aspecto azul a bajo aumento. Los vasos generalmente son grandes y con engrosamiento de sus paredes y, focalmente, las células del mioma parecen fusionarse con las del miometrio circundante, haciendo más difícil su demarcación que en un mioma usual.

Existe una variante hemorrágica del mioma celular, que también se llama con frecuencia «apoplética», la cual se relaciona con el embarazo y con el tratamiento hormonal, caracterizándose por hemorragia y degeneración quística.

La actividad mitótica generalmente se encuentra incrementada en esta variante con hasta ocho mitosis en 10 campos de alto poder, pero no son atípicas.

- **Mioma epiteliode:** aunque macroscópicamente estos miomas no muestran grandes diferencias respecto a los miomas convencionales, microscópicamente las células musculares lisas que lo conforman son predominantemente redondas o poligonales, agrupándose en cordones, o nidos.

De esta variante de miomas se han reconocido tres subtipos diferentes: leiomioblastoma, compuesto por células redondas con un citoplasma eosinofílico con tendencia a la vacuolación; miomas de células claras, con

**MAGALY ELIZABETH CABRERA AVILA**

**DAVID ALBERTO ORTIZ DUMAS**

vacuolación intensa del citoplasma que contienen glucógeno, lípidos confiriéndole un aspecto claro al citoplasma.

La variedad llamada plexiforme, con núcleos arreglados en empalizada. Se ha discutido sin evidencia contundente que las variantes epitelioides son más susceptibles que el resto de malignización, pero no hay pruebas concluyentes de este hecho.

- Mioma mixoide: representa simplemente un cambio mixoide muy extenso en un mioma de tipo usual.
- Mioma simplástico: microscópicamente, no se observan características distintivas que logre diferenciarlo con un mioma de tipo usual.

Microscópicamente está caracterizado por diversas áreas con células bizarras y pleomórficas con núcleos atípicos, la mayoría de las células bizarras son gigantes, multinucleadas o con núcleos polilobulados o unilobulados, con gran aumento de su tamaño. Los núcleos presentan picnosis y vacuolización y cambios que al parecer son degenerativos.

Estos cambios se pueden presentar focalizados, difusos o intercalados, con un mioma usual y representan más de 25% de la totalidad del tumor en la mayoría de los casos. Con frecuencia los miomas simplásticos presentan cambios degenerativos, tales como hialinización y edema, pero nunca existirá una necrosis coagulativa. El reconocimiento de esta variante es vital, ya que por el gran pleomorfismo nuclear puede producir confusión con el leiomiosarcoma.

- En la variante conocida como leiomiomatosis difusa del útero, existen cientos de pequeños nódulos leiomiomatosos que aumentan de forma simétrica y difusa el cuerpo uterino. El útero aumenta ostensiblemente de tamaño alcanzando grandes dimensiones.

**MAGALY ELIZABETH CABRERA AVILA**

**DAVID ALBERTO ORTIZ DUMAS**

Microscópicamente los nódulos son de tamaño variable, oscilando entre 2 y 3 cm. Son ligeramente más pálidos que un mioma convencional, lo que en ocasiones hace pensar en adenomiosis. Microscópicamente el aspecto es semejante a un mioma convencional, pero con bordes difusos. Miomas convencionales pueden coexistir con esta entidad.

- Una forma más común, aunque se desconoce si representa también un tipo de mioma con elementos benignos heterólogos, o un mioma con focos de glándulas endometriales (adenomiosis), es el llamado adenomioma. Los adenomiomas se observan microscópicamente como los miomas convencionales, pero en la observación microscópica se identifican glándulas endometriales y en ocasiones estroma endometrial.

## **2.5 PRESENTACIÓN CLÍNICA**

En este tipo de patología la sintomatología se encuentra entre un 20 llegando hasta un 50% de las mujeres. Los síntomas varían siendo los más frecuentes el sangrado uterino anormal, dolor pélvico, presión pélvica, capacidad reducida de la vejiga, constipación y disfunción reproductiva. El síntoma más común es el sangrado uterino anormal. Los síntomas generalmente guardan relación con su localización, número, tamaño o con algún cambio degenerativo concomitante (22).

Sangrado uterino anormal: la menorragia y la hipermenorrea son el patrón más común de sangrado. Los miomas submucosos e intracavitarios tienden a producir con mayor frecuencia sangrado (22).

Los miomas sufren regresión posterior a la menopausia, lo que se acompaña de atrofia del endometrio cesando el sangrado uterino. Síntomas de tumoración pélvica. Los miomas subserosos son los más relacionados con este síntoma. La presión pélvica aparece cuando el útero aumenta de tamaño. Al crecer el útero produce un efecto de masa sobre órganos adyacentes, especialmente el tracto urinario y rectosigmoides (10).

Las manifestaciones asociadas al tracto urinario incluyen infecciones urinarias a repetición, obstrucción ureteral con hidronefrosis. La constipación o tenesmo

**MAGALY ELIZABETH CABRERA AVILA**  
**DAVID ALBERTO ORTIZ DUMAS**



puede ser secundario a un mioma en la pared posterior, que produce presión en el rectosigmoidees (22).

Dolor: no es un síntoma frecuente, y se asocia usualmente con la torsión de un mioma pediculado, constituyendo una urgencia quirúrgica, dilatación cervical por un mioma submucoso, protruyendo del segmento uterino inferior (parto del fibroma), o por una degeneración roja asociada al embarazo (23).

Infertilidad: la miomatosis uterina se asocia a infertilidad en 5 a 10% de los casos. Los miomas intramurales y subserosos producen una mayor disfunción reproductiva (17).

## **2.6 DIAGNÓSTICO**

El diagnóstico ocurre ante el hallazgo de un útero aumentado de tamaño, móvil con contornos irregulares a la exploración bimanual, cuando es de grandes proporciones o como un hallazgo incidental en el ultrasonido. Las técnicas de imagen resultan de gran utilidad cuando es necesario confirmar el diagnóstico o localizar el mioma previo a la cirugía (24).

El ultrasonido transvaginal tiene una alta sensibilidad entre el 95 y el 100% de los casos. Este es el medio diagnóstico más ampliamente utilizada debido a su disponibilidad y costo/efectividad, además de ser un medio no invasivo (25).

La pielografía intravenosa ocasionalmente es necesaria para definir la anatomía renal y ureteral cuando se sospecha trastornos en el flujo de orina (25). La resonancia magnética da mejor información del origen del mioma, pero lo costoso de la técnica y las radiaciones que producen, limitan su uso extensivo (26).

Si los estudios de imagen no dan un diagnóstico certero, a veces se requiere de exploración quirúrgica. Se indica histerosalpingografía para estudiar la cavidad uterina y la integridad de las trompas uterinas en pacientes con trastornos de fertilidad. Si la cavidad uterina está normal, no hay ninguna ventaja en realizar una histeroscopia. Si la localización del mioma no es clara, el ultrasonido con contraste (sonohisterograma) es el procedimiento de elección (26).

**MAGALY ELIZABETH CABRERA AVILA**

**DAVID ALBERTO ORTIZ DUMAS**

## 2.7 TRATAMIENTO

Los miomas uterinos asintomáticos se manejan de manera expectante. El tratamiento depende del tamaño del mioma, su localización, sintomatología, edad e historia reproductiva y obstétrica (6).

### Terapia médica

El objetivo de la terapia médica es aliviar la sintomatología. Para las mujeres que prefieren manejo conservador, existen múltiples terapias médicas. Tiene como principal ventaja evitar las complicaciones del manejo quirúrgico y permitir la conservación del útero, en especial en aquellas mujeres que desean embarazarse. Las terapias disponibles son (6):

Estrógenos y progestinas: la combinación o progestinas solas, son a menudo la primera línea de tratamiento de estas pacientes. A pesar de que esta terapia produce atrofia endometrial y estabilización, no han mostrado disminuir el tamaño del mioma (27).

Agonistas de la hormona liberadora de gonadotrofinas (análogos de GnRH): Es la terapia más exitosa para el manejo médico de los miomas. Estos medicamentos hacen una regulación a la baja de los receptores de GnRH a nivel de la hipófisis, causando una reducción profunda de hormona folículo estimulante (FSH), hormona luteinizante (LH) y esteroides ováricos y, por lo tanto, causan un incremento repentino inicial, causando hiperestrogenismo y posteriormente producen un estado de hipoestrogenismo. Este tratamiento produce amenorrea y declinación en el tamaño del mioma de 35 a 65% (28).

El tamoxifeno es un modulador selectivo de los receptores estrogénicos (SERM), su acción agonista en el endometrio causando un incremento en el riesgo de hiperplasia endometrial y cáncer. El raloxifeno a diferencia del tamoxifeno, no tiene actividad agonista en el endometrio (29).

Algunas investigaciones apuntan a que la mifepristona es una terapia efectiva con el fin de lograr regresión de miomas, además de mantener estable la densidad ósea. El desarrollo de hiperplasia endometrial es un efecto que limita el uso a largo plazo de este medicamento (30).

**MAGALY ELIZABETH CABRERA AVILA**

**DAVID ALBERTO ORTIZ DUMAS**

Terapia androgénica: el danazol es un derivado de la 19-nortestosterona que produce una inhibición de la secreción de gonadotropinas en la hipófisis, la producción de esteroides ováricos y suprime el crecimiento endometrial. El efecto del danazol es esencialmente androgénico, con propiedad progestínica, antiprogestágeno y antiestrogénica moderadas. Disminuye efectivamente el volumen del mioma. La gestrinona es un derivado de la etinil-nortestosterona, y tiene propiedades antiestrogénicas y antiprogestogénicas. Esta terapia induce de manera efectiva amenorrea disminuyendo el tamaño del mioma (30).

Dispositivo intrauterino con progestina: han sido analizados como tratamiento local de la menorragia y miomas sintomáticos. El dispositivo intrauterino con levonogestrel es un método, efectivo y reversible en el manejo de menorragia, el cual inactiva y atrofia el endometrio lo cual ocasiona la disminución del mioma (31).

Manejo quirúrgico (32):

Histerectomía: la histerectomía continúa siendo el tratamiento más común para la miomatosis uterina siendo el único que cura y elimina la posibilidad de recurrencia. Existe una morbilidad significativa en 3% de los casos, con mortalidad en 1-2 por 1,000 histerectomías (27).

La histerectomía es una opción aceptable para los miomas sintomáticos en pacientes que presentan sangrado significativo, dolor, presión, o anemia, que son refractarias a la terapia y para mujeres con paridad satisfecha (27).

Miomectomía abdominal: la miomectomía es el tratamiento de elección cuando se desea la preservación del útero. La evidencia sugiere que este procedimiento resuelve en 81% la menorragia. Se indica cuando existe interferencia con la fertilidad o predisposición a pérdidas gestacionales recurrentes, debido a la naturaleza y/o localización de los miomas (31).

Tiene la desventaja de continuar con un riesgo de desarrollar más miomas de otros miocitos anormales existiendo la posibilidad de terminar en histerectomía debido a complicaciones intraoperatorias (9).

**MAGALY ELIZABETH CABRERA AVILA**

**DAVID ALBERTO ORTIZ DUMAS**

Miomectomía laparoscópica: el uso de esta técnica junto con la aplicación de los agonistas de la GnRH como adyuvantes, para reblandecer los miomas (facilitando la maceración) acortando los tiempos operatorios (9).

## **2.8 DEGENERACIÓN DE LOS MIOMAS**

Macroscópicamente pueden variar si presentan cambios degenerativos, los cuales son debidos a alteraciones vasculares, infecciones o degeneración maligna (33):

- Hialina: es la más común (65 %), se sustituye el tejido miomatoso por material hialino acelular. Sucede con más frecuencia en los miomas subserosos.
- Quística: se presenta en un 4 %, el tejido hialino se licua y forma cavidades quísticas.
- Cállica: (4-10%), es más común en las mujeres menopaúsicas, al igual que la atrofia miomatosa.
- Roja: es una forma de degeneración por necrosis que ocurre cuando el mioma crece mucho en poco tiempo, por lo que se produce un infarto muscular agudo que provoca dolor e irritación peritoneal. Es la degeneración más frecuente durante el embarazo.
- Maligna o sarcomatosa: es poco habitual (0.5 %).

## **CAPITULO III**

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GENERAL.**

Determinar la correlación entre el diagnóstico clínico preoperatorio de miomatosis uterina con el resultado anatómo-patológico en pacientes atendidas en el departamento de ginecología del Hospital Homero Castanier Crespo de 2011 a 2016.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.**

1. Identificar el grupo de estudio según sus variables sociodemográficas.
2. Detallar los antecedentes gineco-obstétricos y la sintomatología del grupo de estudio.
3. Identificar y correlacionar los hallazgos de diagnóstico clínico e histopatológicos de miomatosis uterina en pacientes atendidas en el departamento de ginecología del Hospital Homero Castanier Crespo de 2011 a 2016.

## CAPITULO IV

### 4. DISEÑO METODOLÓGICO

#### 4.1 TIPO DE ESTUDIO:

Se realizó una investigación de tipo observacional, retrospectivo y correlacional.

#### 4.2 ÁREA DE ESTUDIO:

El estudio se realizó en el Hospital Homero Castanier Crespo, ubicado en la ciudad de Azogues, sector La Playa, provincia de Cañar.

#### 4.3 UNIVERSO:

Universo de estudio: historias clínicas de pacientes atendidas en el departamento de ginecología del Hospital Homero Castanier Crespo por patologías ginecológicas, de 2011 a 2016.

Muestra: historias clínicas de pacientes atendidas en el departamento de ginecología del Hospital Homero Castanier Crespo, de 2011 a 2016, con diagnóstico de miomatosis uterina. Se seleccionaron todas las pacientes.

#### 4.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

##### 4.4.1 Criterios de inclusión:

- Historias clínicas de pacientes con resultado anatomopatológico.

##### 4.4.2 Criterios de exclusión

- Historias clínicas incompletas o ilegibles.

#### 4.5 VARIABLES

#### **4.5.1 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.**

Edad, residencia, instrucción, antecedentes obstétricos, diagnóstico clínico, diagnóstico anatómico patológico. (Anexo 1)

#### **4.6 MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS**

**Método:** se realizó una revisión de historias clínicas.

**Técnica:** se revisaron las historias clínicas de las pacientes, recogiendo los datos necesarios para la investigación.

**Instrumento:** formulario de recolección de datos (Anexo 2).

#### **4.7 PROCEDIMIENTOS**

**Autorización:** se solicitó la autorización correspondiente al director del Hospital Homero Castanier Crespo. (Anexo 3).

**Capacitación:** se realizó mediante revisión bibliográfica y la consulta a tutor y asesores.

**Supervisión:** fue realizada por el director de tesis: Dr. Jorge Mejía.

#### **4.8 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS**

Los datos fueron tabulados y analizados utilizando el programa estadístico SPSS versión 19.0. A la edad se le calculó la media y desviación estándar, para las variables cualitativas categorizadas se utilizaron frecuencias y porcentajes. Así mismo se estableció la correlación entre el diagnóstico clínico y los hallazgos anatómico-patológicos a través del coeficiente de correlación de Spearman y el índice de concordancia Kappa. Se consideró un nivel de significancia de 95%, para  $p < 0.05$ .

#### **4.9 ASPECTOS ÉTICOS**

La información recolectada se guardó con absoluta confidencialidad por parte de las investigadoras, solo se utilizó para el presente estudio. Se facultó a quien se consideró conveniente la verificación de la información.

MAGALY ELIZABETH CABRERA AVILA

DAVID ALBERTO ORTIZ DUMAS





No se trabajó directamente con sujetos humanos para la realización del estudio, por lo que no se consideró el uso del consentimiento informado; sin embargo, se hizo uso de la información retrospectiva de historias clínicas, todo ello bajo coordinación con la dirección del Hospital Homero Castanier Crespo.

**MAGALY ELIZABETH CABRERA AVILA**

**DAVID ALBERTO ORTIZ DUMAS**

## CAPITULO V

### 5. RESULTADOS

#### 5.1. Análisis de las variables sociodemográficas de las pacientes estudiadas.

**Tabla 1.** Distribución de 202 pacientes con diagnóstico de miomatosis uterina, Departamento de Ginecología, Hospital Homero Castanier Crespo, según variables sociodemográficas, Azogues .2011-2016. Cuenca. 2018.

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS		N	%
EDAD (años)	20 a 35	22	10,9
	36 a 49	144	71,3
	50 y más	36	17,8
	Media	44,42	
	Desviación Estándar	6,90	
RESIDENCIA	Urbana	54	26,7
	Rural	148	73,3
NIVEL DE INSTRUCCIÓN	Analfabeta	8	4,0
	Primaria	112	55,4
	Secundaria	56	27,7
	Superior	26	12,9
TOTALES		202	100

Fuente: Formulario de Recolección de Datos.

Autores: Magaly Elizabeth Cabrera Avila y David Alberto Ortiz Dumas

**Interpretación:** la edad de las pacientes estudiadas osciló entre los 30 y 65 años, con un promedio de  $44,42 \pm 6,90$  años, aunque con mayor proporción de las de 36 a 49 años (71,3%). El lugar de residencia predominante fue el Rural (73,3%), mientras que en zonas urbanas viven el 26,7%. El nivel de instrucción

MAGALY ELIZABETH CABRERA AVILA

DAVID ALBERTO ORTIZ DUMAS

es esencialmente primario (poco más del 55%), mientras que un 27,7% tiene nivel secundario, nivel superior posee menos del 13% de las pacientes.

## 5.2. Análisis de los antecedentes obstétricos de las pacientes.

**Tabla 2.** Distribución de 202 pacientes con diagnóstico de miomatosis uterina, Departamento de Ginecología, Hospital Homero Castanier Crespo, según antecedentes obstétricos, Azogues .2011-2016. Cuenca. 2018.

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS		N	%
ANTECEDENTES FAMILIARES	SI	108	53,5
	NO	94	46,5
MENARQUIA TEMPRANA	SI	34	16,8
	NO	168	83,2
PARIDAD	NUNCA	20	9,9
	1 o 2	43	21,3
	3 a 5	116	57,4
	Más de 5	23	11,4
ANTICONCEPTIVOS ORALES	SI	41	20,3
	NO	161	79,7
TIEMPO CON SÍNTOMAS	Menos de 3 meses	83	41,1
	3 a 6 meses	85	42,1
	Más de 6 meses	34	16,8
TOTALES		202	100

Fuente: Formulario de Recolección de Datos.

Autores: Magaly Elizabeth Cabrera Avila y David Alberto Ortiz Dumas

### Interpretación:

Antecedentes familiares de miomatosis uterina presentan algo más de la mitad de las pacientes (53.5 %), solo un 16,8% tuvo menarquia temprana. La mayoría ha tenido de 3 a 5 hijos (57,4%) y más del 90% al menos ha tenido uno.

MAGALY ELIZABETH CABRERA AVILA

DAVID ALBERTO ORTIZ DUMAS

Poco más del 20% ha empleado anticonceptivos orales, mientras que la mayoría tiene los síntomas en los últimos 6 meses.

### 5.3. Análisis de los síntomas reportados de las pacientes.

**Tabla 3.** Distribución de 202 pacientes con diagnóstico de miomatosis uterina, Departamento de Ginecología, Hospital Homero Castanier Crespo, según síntomas reportados, Azogues .2011-2016. Cuenca. 2018.

SÍNTOMAS REPORTADOS	N	%
Sangrado uterino anormal	182	90,1
Dolor pélvico	173	85,6
Presión pélvica	113	55,9
Constipación	34	16,8
Capacidad reducida de la vejiga	23	11,4
Disfunción reproductiva	12	5,9
<b>TOTALES</b>	<b>202</b>	<b>100</b>

Fuente: Formulario de Recolección de Datos.

Autores: Magaly Elizabeth Cabrera Avila y David Alberto Ortiz Dumas

#### Interpretación:

Los síntomas más comunes que refieren las pacientes son el sangrado uterino anormal (en más del 90% de los casos) y el dolor pélvico (en más del 85% de las pacientes), por otro lado la presión pélvica lo manifestó el 55,9% de las mismas. El resto de los síntomas los refieren menos del 17% de las mujeres del estudio.

MAGALY ELIZABETH CABRERA AVILA

DAVID ALBERTO ORTIZ DUMAS

#### 5.4. Análisis de la correlación de los hallazgos del diagnóstico clínico con el histopatológico de las pacientes.

**Tabla 4.** Distribución de 202 pacientes con diagnóstico de miomatosis uterina, Departamento de Ginecología, Hospital Homero Castanier Crespo, según diagnósticos, Azogues .2011-2016. Cuenca. 2018.

DIAGNÓSTICOS		N	%
CLÍNICO	Miomatosis uterina	201	99,5
	Endometriosis	1	0,5
HISTOPATOLÓGICO	Leiomioma submucoso	157	78,1
	Adenomiosis	25	12,4
	Endometriosis	16	8,0
	Leiomiosarcoma	2	1,0
	Quístico	1	0,5
TOTALES		202	100
Coeficiente de Correlación de Spearman		-0,037	p=0,602
Índice Kappa		-0,008	p=0,618

Fuente: Formulario de Recolección de Datos.

Autores: Magaly Elizabeth Cabrera Avila y David Alberto Ortiz Dumas

#### Interpretación:

La correlación entre el diagnóstico clínico y el histopatológico fue de un 78,1%.El 78,1% de los diagnósticos clínicos de miomatosis uterina fueron corroborados por la histopatología, hubo un 21,9% de error en la clasificación clínica.

El caso diagnosticado clínicamente como endometriosis, en el estudio histopatológico resultó ser un leiomioma submucoso. Tanto el coeficiente de correlación de Spearman como el índice de concordancia Kappa, indicaron que esta correlación no es significativa.

MAGALY ELIZABETH CABRERA AVILA

DAVID ALBERTO ORTIZ DUMAS

## **CAPITULO VI**

### **6. DISCUSIÓN**

La edad de las pacientes estudiadas tuvo promedio de  $44,42 \pm 6,90$  años, con mayor proporción de las de 36 a 49 años. El nivel de instrucción fue esencialmente primario (poco más del 55%), mientras que un 27,7% tiene nivel secundario.

Se plantea que esto es más común en mujeres premenopáusicas. Flores en Ambato del año 2011, plantea que los miomas uterinos son los tumores benignos más frecuentes del aparato genital femenino; se presentan con mayor frecuencia entre los 46 a 51 años (2). García por su parte en relación con la edad, encontró una mayor tendencia entre las edades de 41 a 50 años (31).

Espinoza y Guishcaen su investigación en el hospital Luis Gabriel Dávila de Tulcán, en 2013, con 60 mujeres que acudieron al servicio de consulta externa de ginecología y presentaron miomatosis uterina, encontraron como factor de riesgo que influye en la aparición de esta patología la de 41 a 49 años (68% del total) (34).

Nevárez y Ruiz, en su estudio en 2015, en 213 pacientes histerectomizadas con diagnóstico de miomatosis uterina, indicar una mayor frecuencia (83,6%) en el grupo denominado premenopausia (30 - 48 años) mientras que en el grupo de postmenopausia (49 – 55 años) solo estuvieron el 16,4% de los casos (35). Igualmente Mogrovejo y cols, en 2015, con 526 casos, plantean que es más frecuente en pacientes de más de 44 años, nivel de instrucción primaria, y procedentes del área urbana (36).

Antecedentes familiares de miomatosis uterina presentaron algo más de la mitad de las pacientes, solo un 16,8% tuvo menarquia temprana. La mayoría ha tenido de 3 a 5 hijos (57,4%) y más del 90% al menos ha tenido al menos uno. Poco más del 20% ha empleado anticonceptivos orales, mientras que la mayoría tiene los síntomas en los últimos 6 meses.

**MAGALY ELIZABETH CABRERA AVILA**

**DAVID ALBERTO ORTIZ DUMAS**

Según Nevárez y Ruiz a menor edad de presentación de la menarquia existe un mayor riesgo de padecer un mioma uterino, después de la menopausia por lo general el tamaño de los leiomiomas disminuye y en muy pocas ocasiones se forma una nueva tumoración, esto parece estar relacionado con que el riesgo o la protección depende de las circunstancias que afectan de manera crónica la concentración de estrógenos, progesterona o ambas hormonas (35).

Se plantea que en las mujeres que han tenido algún hijo el riesgo disminuye del 20 al 50% en relación con las que no han tenido, así como también el aumento del número de hijos, constituye un factor protector, otras cuestiones en concordancia con esto son que las mujeres que tienen hijos más jóvenes, son las que generalmente muestran mayor paridad y aquellas con el embarazo más reciente, la frecuencia de miomatosis uterina se reduce (35).

En el estudio de Rodríguez en Guayaquil en 2016, la miomatosis se presentó más en mujeres con una menarquia mayor de 11 años (91.53%), en un 73.84% de mujeres que no se administraban anticonceptivos orales (ACO), igualmente en las multíparas en el 96.15%; y en aquellas sin antecedentes familiares de miomatosis en un 87.69% (4). Sin embargo en el estudio de Espinoza y Guishca, se presentó con mayor frecuencia en multíparas con el 93% de las pacientes estudiadas (34).

En la investigación de Arqueros en Perú, en 2016 para describir los miomas uterinos en el Hospital Regional Docente de Trujillo, encontraron que el 70.1% de las pacientes afectadas eran multíparas y el 98.3% no tenían antecedente familiar ni menarquia temprana (3).

Los síntomas más comunes que refieren las pacientes son el sangrado uterino anormal (en más del 90% de los casos) y el dolor pélvico (en más del 85% de las pacientes), por otro lado la presión pélvica lo manifestó más de la mitad de las mismas. El resto de los síntomas los refieren menos del 17% de las mujeres del estudio.

**MAGALY ELIZABETH CABRERA AVILA**

**DAVID ALBERTO ORTIZ DUMAS**



Lo mismo describen otros autores como Flores, que en su estudio con pacientes del servicio de Ginecología del Hospital Alfredo Noboa Montenegro de la ciudad de Guaranda, encontró la hiperpolimenorrea o metrorragias y dolor pélvico, como los más frecuentes (2).

Arqueros reporta la menorragia en un 80.8% de las pacientes, seguido por el dolor pélvico con 70.6%, luego la presión pélvica con 33.9%, y los efectos en la reproducción con 15.8% (3). Por otro lado, Rodríguez refiere que un 66.15 % de sus pacientes mostraron sangrado abundante, 48 mujeres (36.92 %) presentaron anemia, y 1 mujer (0.76%) presentó infertilidad (4). En el estudio de García los síntomas clínicos más comunes fueron la hemorragia uterina anormal, sobre todo en las mujeres nulíparas (31).

La correlación entre el diagnóstico clínico y el histopatológico fue de un 78,1%. El 78,1% de los diagnósticos clínicos de miomatosis uterina fueron corroborados por la histopatología, hubo un 21,9% de error en la clasificación clínica. Actualmente el resultado histopatológico es el diagnóstico que permite orientar el tratamiento a seguir.

La correlación entre el diagnóstico clínico y el anatómo-patológico es fundamental y en ocasiones no es totalmente acertado. Flores en su estudio determinó que existe una correlación entre los diagnósticos clínico/ecosonográfico vs los hallazgos quirúrgicos/histopatológicos, al comprobar que de los 52 casos de fibromiomatosis diagnosticados por ecosonograma, 46 casos se confirmaron por histopatología (88,5%). Otros estudios muestran valores por debajo del 70% (2).

Un estudio similar fue el de Mogrovejo y cols para determinar la correlación entre el diagnóstico preoperatorio clínico y por ultrasonido con el resultado de anatomía patológica en pacientes sometidas a histerectomías entre los años 2008-2013 HVCM de la Ciudad de Cuenca. Las correlaciones fueron:

**MAGALY ELIZABETH CABRERA AVILA**

**DAVID ALBERTO ORTIZ DUMAS**

diagnóstico clínico – diagnostico anatomo patológico= 80,77%; diagnóstico ecográfico – diagnóstico anatomo patológico= 80,06% y correlación entre los 3 tipos de diagnósticos: 75,57% (36).

Concluyeron que La correlación entre los diagnósticos clínico, ecográfico y de anatomía patológica es elevada; lo que genera confianza y mostrando que en los tiempos modernos sigue jugando un papel vital el diagnóstico clínico (36).

## **CAPITULO VII**

### **7. CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y BIBLIOGRAFÍA.**

#### **7.1. CONCLUSIONES.**

- La edad de las pacientes estudiadas osciló entre los 30 y 65 años, con un promedio de  $44,42 \pm 6,90$  años, predominado las de 36 a 49 años, residen principalmente en zonas rurales y el nivel de instrucción es mayormente primario.
- Antecedentes familiares de miomatosis uterina presentan algo más de la mitad de las pacientes, un bajo porcentaje tuvo menarquia temprana. La mayoría ha tenido de 3 a 5 hijos y más del 90% ha tenido al menos uno. Poco más del 20% ha empleado anticonceptivos orales, mientras que la mayoría tiene los síntomas en los últimos 6 meses.
- Los síntomas más comunes que refieren las pacientes son el sangrado uterino anormal (en más del 90% de los casos) y el dolor pélvico (en más del 85% de las pacientes), por otro lado la presión pélvica lo manifestó más de la mitad de las mismas.
- El 78,1% de los diagnósticos clínicos de miomatosis uterina fueron corroborados por la histopatología, hubo un 21,9% de error en la clasificación clínica. La correlación no es significativa estadísticamente.

**MAGALY ELIZABETH CABRERA AVILA**

**DAVID ALBERTO ORTIZ DUMAS**

## 7.2. RECOMENDACIONES

- A los especialistas sugerir a las pacientes entre las edades de 36 a 49 años fijar más atención a los síntomas de una posible miomatosis uterina y suscitar los controles ginecológicos cada cierto tiempo con el fin de lograr una detección oportuna de la enfermedad.
- Fortalecer los métodos y medidas de diagnóstico de miomatosis uterina, para evitar complicaciones graves y errores de diagnóstico con consecuencias fatales.
- Realizar estudios similares en otras entidades de salud de nuestro país para conocer cómo se comporta la correlación entre el diagnóstico clínico e histopatológico.

### 7.3. BIBLIOGRAFÍA

1. Pérez AL, Ruiz P. Prevalencia de anemia en pacientes femeninas entre 30 y 55 años de edad con diagnóstico de miomatosis uterina en el Hospital San Francisco de Quito de Junio 2013 a junio del 2014. Tesis Doctoral. Quito: Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Medicina; 2015. Disponible en: <http://www.bibliotecasdelecuador.com/Record/ir-:22000-8892/Details>.
2. Flores C. Correlación de diagnóstico clínico/ecosonográfico de fibromiomatosis uterina vs hallazgos quirúrgicos e histopatológicos en pacientes del área de ginecología del Hospital Alfredo Noboa Montenegro. Tesis para optar por el título de Médico Cirujano. Ambato: Universidad Regional Autónoma de los Andes, Facultad de Ciencias Médicas; 2011. Disponible en: [dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/123/1/TUAMED006-2011.pdf](https://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/123/1/TUAMED006-2011.pdf).
3. Arqueros HL. Características clínicas, epidemiológicas y ecográficas de los miomas uterinos en el Hospital Regional Docente De Trujillo Periodo 2011 - 2015. Tesis para optar por el título de Bachiller en Medicina. Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo, Facultad de Medicina; 2016. Disponible en: [http://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/3595/ArquerosJuarez\\_H.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/3595/ArquerosJuarez_H.pdf?sequence=1&isAllowed=y).
4. Rodríguez RG. Miomatosis uterina factores de riesgo y complicaciones. Estudio a realizar en el Hospital de Guayaquil Abel Gibert Pontón en el año 2013 al 2014. Tesis para optar por el grado de Médico General. Guayaquil: Universidad de Guayaquil, Facultad de Ciencias Médicas; 2016. Disponible en: [https://issuu.com/ulvedumx/docs/factores\\_de\\_riesgo\\_de\\_miomatosis\\_ut](https://issuu.com/ulvedumx/docs/factores_de_riesgo_de_miomatosis_ut).
5. Stewart E. Epidemiology, clinical manifestations, diagnosis, and natural history of uterine leiomyomas (fibroids). 2015;(Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/uterine-leiomyomas-fibroids-epidemiology-clinical-features-diagnosis-and-natural-history>).
6. Saavedra J. Miomatosis Uterina e Infertilidad: Indicaciones de Tratamiento. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 2013 enero; II(54) Disponible en: <https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/620>).
7. Edward E, Wallach M, Nikos F. An overview of development, clinical features, and management. Obstet Gynecol. 2014 julio; II(104) Disponible en: [cmhnaaa.org.pe/ojs/index.php/RCMHNAAA/article/download/383/322](http://cmhnaaa.org.pe/ojs/index.php/RCMHNAAA/article/download/383/322)).
8. Protocolos SEGO. Miomas uterinos. Prog Obstet Ginecol. 2014; 57(7) Disponible en: [http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet?\\_f=10&pident\\_articulo=90346670&pident\\_usuario=0&pcontactid=&pident\\_revista=151&ty=17&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=151v57n07a903](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90346670&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=151&ty=17&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=151v57n07a903)

MAGALY ELIZABETH CABRERA AVILA

DAVID ALBERTO ORTIZ DUMAS

46670pdf001.pdf).

9. Centre Mèdic Diagnòstic. Miomatosis uterina. Centre Mèdic Diagnòstic. 2013 Marzo; II(13) Disponible en:  
[http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/082\\_GPC\\_Miomatosisuterina/MIOMATOSIS\\_EVR\\_CENETEC.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/082_GPC_Miomatosisuterina/MIOMATOSIS_EVR_CENETEC.pdf)).

- 1 The American College of Obstetricians and Gynecologists. Lippincott  
0. Williams & Wilkins. [Internet].; 2013 [cited 2017 Diciembre 7. Disponible en:  
[http://journals.lww.com/greenjournal/Documents/Mar2013\\_Clarke\\_PearsonCES\\_Translation.pdf](http://journals.lww.com/greenjournal/Documents/Mar2013_Clarke_PearsonCES_Translation.pdf).

- 1 Brosens I, Kunz G, Benagiano G. Is adenomyosis the neglected phenotype  
1. of an. Gynecol Surg. 2012 mayo; I(9) Disponible en:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3338914/>).

- 1 Qin X Z, Wang F, Xue J, Wena Z. Expression and possible role of  
2. interleukin. European J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2012 junio; IV(11)  
Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22226539>).

- 1 Campo S, Campo V, Benagiano G. Infertility and adenomyosis. Obstet  
3. Gynecol. 2012 noviembre; III(17) Disponible en:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22116070>).

- 1 Maia H, Haddad C, Casoy J, Maia R. Effect of a hormone-releasing  
4. intrauterine system (Mirena®) on aromatase and Cox-2 expression in  
patients with adenomyosis submitted or not, to endometrial resection. Int J  
Women's Health. 2012 IV; II(4) Disponible en:  
<https://www.dovepress.com/effect-of-a-hormone-releasing-intrauterine-system-mirenareg-on-aromata-peer-reviewed-article-IJWH>).

- 1 Hoffman L, Schorge O, Schaffer I. Williams ginecología. Segunda ed.  
5. México: Mc Graw Hill; 2014.

- 1 Ouyang D, Norwitz E. Revista en línea. [Internet].; 2015 [cited 2017  
6. Diciembre 7. Disponible en: [http://www.uptodate.com/contents/pregnancy-in-women-with-uterine-leiomyomasfibroids?source=search\\_result&search=miomas&selectedTi](http://www.uptodate.com/contents/pregnancy-in-women-with-uterine-leiomyomasfibroids?source=search_result&search=miomas&selectedTi).

- 1 Díaz L. Miomatosis uterina como factor de riesgo de hemorragia puerperal  
7. en pacientes del Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque. Tesis Doctoral. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego, Facultad de Medicina; 2014. Report No.: Disponible en:  
[http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/499/1/D%C3%8DAZ\\_LUIS\\_MIOMATOSIS\\_UTERINA\\_HEMORRAGIA.pdf](http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/499/1/D%C3%8DAZ_LUIS_MIOMATOSIS_UTERINA_HEMORRAGIA.pdf).

- 1 Berek S. Ginecología. 15th ed. España: Lippincott Williams; 2013.

MAGALY ELIZABETH CABRERA AVILA

DAVID ALBERTO ORTIZ DUMAS

8.

- 1 Stewart E. Revista en línea. [Internet].; 2014 [cited 2017 Diciembre 7].
9. [Disponble en: http://www.uptodate.com/contents/histology-and-pathogenesis-of-uterine-leiomyomasfibroids?source=search\\_result&search=miomatosis&](http://www.uptodate.com/contents/histology-and-pathogenesis-of-uterine-leiomyomasfibroids?source=search_result&search=miomatosis&).
- 2 Puri P, Famuyide A, Erwin P. Submucosal fibroids and the relation to heavy menstrual bleeding and anemia. Am J Obstet Gynecol. 2014 mayo; XXXVIII(7) Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24080304>).
- 2 Sandoval J, Madrid A. Factores que condicionan la dismenorrea en adolescentes según estrato económico. Revista peruana de Ginecología y Obstetricia. 2013 abril; I(59) Disponible en: <http://www.spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/view/3/2>).
- 2 Zimmermann A, Bernuit D, Gerlinger C. Prevalence, symptoms and management of uterine fibroids: an international internet based survey of 21,746 women. BMC Women's Health. 2013 Mayo; XII(6) Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22448610>).
- 2 Vargas V, Tovar J, Barrios K. Leiomiomatosis uterina. Aspectos epidemiológicos, fisiopatogénicos, reproductivos, clínicos y terapéuticos. Rev Hosp Jua Mex. 2013 Agosto; I(3) Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/juarez/ju-2013/ju133e.pdf>).
- 2 Saffie I, Aguilera S, Quiroz S. Evaluación Ecográfica de miomas. Centro de Referencia Perinatal Oriente (CERPO). Tesis doctoral. Santiago: Universidad de Chile, Medicina; 2014. Report No.: Disponible en: <http://docplayer.es/19853996-Evaluacion-ecografica-de-miomas.html>.
- 2 Huete Á, Craig J, Vial C. Rol de la imagenología en el proceso diagnóstico de la patología ginecológica benigna. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología. 2016 Mayo; I(81) Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262016000100011&script=sci\\_abstract](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262016000100011&script=sci_abstract)).
- 2 Ramirez K, Torres G, Frutos Y. Diagnóstico ecográfico de mioma uterino en mujeres con síntomas ginecológicos. MEDISAN. 2012 mayo; IX(16) Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol\\_16\\_9\\_12/HTM/san03912.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol_16_9_12/HTM/san03912.htm)).
- 2 Levast F, Legendre G, Bouet P. Prise en charge des myomes utérins durant la grossesse. Gynecol Obstet Fertil. 2016 Junio; IV(44) Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1297958916301023>).
- 2 Khan A, Shehmar M, Gupta J. Uterine fibroids: current perspectives. Int J

MAGALY ELIZABETH CABRERA AVILA

DAVID ALBERTO ORTIZ DUMAS

8. Womens Health. 2014 febrero; VI(29) Disponible en:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24511243>).
- 2 Segars J, Parrott J, Nagel D. Proceedings from the Third National Institutes  
9. of Health International Congress on Advances in Uterine Leiomyoma  
Research: comprehensive review, conference summary and future  
recommendations. Human Reproduction Update. 2014 Abril; I(2) Disponible  
en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24401287>).
- 3 Apolo M. Correlación ecográfica e histopatológica de las histerectomías  
0. abdominales realizadas en el Hospital Manuel Ygnacio Montero IESS, en el  
periodo comprendido de Mayo a Octubre de 2012. Tesis Doctoral. Loja:  
Universidad Nacional de Loja, Salud Humana; 2012. Disponible en:  
[dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/7245](https://dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/7245).
- 3 García MJ. Incidencia de pacientes sometidas a histerectomía por  
1. miomatosis uterina en el Hospital Jose Carrasco Arteaga de Cuenca,  
periodo agosto 2012 hasta abril 2013. Tesis doctoral. Cuenca: Universidad  
de Cuenca, Medicina; 2013. Disponible en:  
[http://dspace.ucacue.edu.ec/bitstream/reducacue/5049/3/9BT2013-  
MTI25.pdf](http://dspace.ucacue.edu.ec/bitstream/reducacue/5049/3/9BT2013-MTI25.pdf).
- 3 Kiprop J, Vinayak S, Stones W. Uterine Fibroid Embolization for  
2. Symptomatic Fibroids: Study at a Teaching Hospital in Kenya. Clin Imaging  
Sci. 2015 Agosto; V(18) Disponible en:  
[http://www.clinicalimagingscience.org/article.asp?issn=2156-  
7514;year=2015;volume=5;issue=1;spage=18;epage=18;aulast=Mutai](http://www.clinicalimagingscience.org/article.asp?issn=2156-7514;year=2015;volume=5;issue=1;spage=18;epage=18;aulast=Mutai)).
- 3 Muñoz M MFVAHLMM. Manual CTO de medicina y cirugía: Ginecología y  
3. obstetricia. 3rd ed. Mexico: Grupo CTO; 2017.
- 3 Espinoza G, Guishca V. Factores de riesgo que influyen en la incidencia de  
4. fibromiomatosis uterina en mujeres en edad fértil atendidas en el Hospital  
Luis Gabriel Dávila de la Ciudad de Tulcán Período Junio a Diciembre del  
2012. Tesis para optar por el título de Obstetrix. Quito: Universidad Central  
del Ecuador, Facultad de Ciencias Médicas; 2013. Disponible en:  
<http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/4433/1/T-UC-0006-85.pdf>.
- 3 Nevárez AL, Ruiz PA. Prevalencia de anemia en pacientes femeninas entre  
5. 30 y 55 años de edad con diagnóstico de miomatosis uterina en el Hospital  
San Francisco de Quito de junio 2013 a junio 2014. Tesis en opción del  
título de médico cirujano. Quito: Pontificia Universidad Católica del Ecuador,  
Facultad de Medicina; 2015. Disponible en:  
[http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/8892/TESES%20LOUS  
IANA%20NEV%20C3%81REZ%20Y%20PABLO%20RUIZ.pdf?sequence=1&is  
Allowed=y](http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/8892/TESES%20LOUSIANA%20NEV%20C3%81REZ%20Y%20PABLO%20RUIZ.pdf?sequence=1&isAllowed=y).

MAGALY ELIZABETH CABRERA AVILA

DAVID ALBERTO ORTIZ DUMAS





3 Mogrovejo LK, Moreno AV, Padilla MM. Diagnóstico clínico, diagnóstico por  
6. ultrasonido versus Diagnostico anatomo patológico de pacientes  
Histerectomizadas en el Hospital Vicente Corral Moscoso, 2008-2013.  
Cuenca - Ecuador. Tesis para optar por el título de Médico. Cuenca:  
Universidad de Cuenca, Facultad de Ciencias Médicas; 2015. Disponible en:  
<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/21475/1/TESIS.pdf>.

**MAGALY ELIZABETH CABRERA AVILA**

**DAVID ALBERTO ORTIZ DUMAS**

## 8. ANEXOS

### ANEXO 1. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
<b>Edad</b>	Tiempo entre el nacimiento y el momento actual.	Biológica Cronológica	Años cumplidos	1. Menor de 20 2. 20 a 35 3. 36 a 49. 4. 50 y más
<b>Residencia</b>	Lugar en que reside	Geográfica	Historia clínica	1. Urbana 2. Rural
<b>Instrucción</b>	Nivel de escolaridad que ha completado la paciente.	Académico	Historia clínica	1. Analfabeta 2. Primaria 3. Secundaria 4. Superior
<b>Antecedentes obstétricos</b>	Antecedentes que pudieran favorecer la presencia de la patología	Biológica fisiológica	Historia clínica	1. Antecedentes familiares. 2. Menarquia temprana. 3. Paridad. 4. Uso de Anticonceptivos orales. 5. Tiempo con los síntomas
<b>Síntomas</b>	Síntomas referidos asociados al mioma uterino	Biológica Fisiológica	Historia clínica	1. Sangrado uterino anormal, 2. Dolor pélvico 3. Presión pélvica, 4. Capacidad reducida de la vejiga. 5. Constipación 6. Disfunción reproductiva
<b>Diagnóstico clínico</b>	Diagnóstico realizado por el método clínico	Facultativa	Historia clínica	• .Tipo de patología

MAGALY ELIZABETH CABRERA AVILA

DAVID ALBERTO ORTIZ DUMAS

<b>Diagnóstico o anatomopatológico</b>	Diagnóstico realizado por anatomopatología	Facultativa	Historia clínica	• Tipo de mioma
--	--	-------------	------------------	-----------------

## ANEXO 2. FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

### FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

#### Datos sociodemográficos

Edad \_\_\_\_\_ Residencia (urbana/rural) \_\_\_\_\_

Instrucción \_\_\_\_\_

#### Datos clínicos

Localización \_\_\_\_\_ Lateralidad \_\_\_\_\_

#### **Antecedentes gineco-obstétricos:**

- Antecedentes familiares SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_.
- Menarquia temprana. SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_.
- Paridad: No \_\_\_\_ 1 o 2 \_\_\_\_ 3 a 5 \_\_\_\_ Más de 5 \_\_\_\_
- Anticonceptivos orales: SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_.
- Tiempo con los síntomas <3 meses \_\_\_\_ 3 a 6 meses \_\_\_\_ >6 meses \_\_\_\_

#### **Síntomas:**

- Sangrado uterino anormal SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_.
- Dolor pélvico SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_.
- Presión pélvica SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_.
- Capacidad reducida de la vejiga. SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_.
- Constipación SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_.
- Disfunción reproductiva SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_.

**Diagnóstico presuntivo clínico** \_\_\_\_\_

**Diagnóstico anatomo-patológico** \_\_\_\_\_

MAGALY ELIZABETH CABRERA AVILA

DAVID ALBERTO ORTIZ DUMAS

### ANEXO 3. SOLICITUD PARA EL HOSPITAL HOMERO CASTANIER CRESPO

AZOGUES, 19 DE MARZO DEL 2018

DR. VICTOR CASTILLO  
GERENTE MEDICO  
HOSPITAL HOMERO CASTANIER

De nuestra consideración,

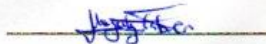
Nosotros, David Alberto Ortiz Dumas y Magaly Elizabeth Cabrera Avila, con numeros de cedula 0302074604 y 0302151477 respectivamente, que actualmente cursamos nuestro internado rotativo en el hospital Homero Castanier Crespo, con un cordial saludo nos dirigimos a usted y por su digno intermedio para solicitarle de la manera mas comedida, se permitan a las partes pertinentes poder acceder a las bases de datos e historias clinicas del hospital para poder realizar nuestra tesis de pregado denominado "CORRELACION CLINICO ANATOMO-PATOLOGICO DEL DIAGNOSTICO DE MIOMATOSIS UTERINA EN EL DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL HOMERO CASTANIER CRESPO, 2011-2016. AZOGUES, 2018".

Por la favorable atención que se digne dar a la presente, anticipamos nuestros agradecimiento.

Antentamente,



DAVID ORTIZ DUMAS  
0302074604



MAGALY CABRERA AVILA  
0302151477



MINISTERIO DE SALUD PUBLICA  
Hospital Homero Castanier Crespo  
RECEPCION DE DOCUMENTOS  
Y ARCHIVOS

19 MAR 2018

SECRETARIA DE GERENCIA

Hora: 13:02

